



„G-DRG-System 2019“

41. Deutscher Krankenhaustag

am 12. November 2018

Dr. Roland Laufer
Geschäftsführer Dezernat II
Krankenhausfinanzierung und –planung
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
Wegelystr. 3
10623 Berlin

DRG – Katalog und Abrechnungsbestimmungen 2019

Gesetzgebung und Bundesvereinbarungen

Ausblick

- Anstieg der Anzahl der DRG auf 1.318 (+26)
- Weitere Differenzierungen
 - Kindermedizin, Extremkostenfälle, „Fehler“-DRG...
 - Diskussion über Rückbau von Komplexität (Prüfauftrag an InEK)
 - Zielkonflikt zwischen Pauschalierung und sachgerechter Abbildung
 - Überlagerung durch „neues“ DRG-System für 2020
- Vereinbarung des DRG-Kataloges 2019 in Zusammenhang mit Erklärung des **BMG** zu Änderungen der Komplex-Kodes in der Neurologie und Geriatrie
 - Änderungen der OPS durch das DIMDI
 - Möglichkeit der rückwirkenden Klarstellung zu OPS (PpSG)
 - Verkürzung der Verjährungsfristen auf 2 Jahre (PpSG) mit Rückwirkung nur für Kassenforderungen (Stichtag 09.11.2018)

BSG: „Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten“

„Fachfremde“ Änderungsanträge Nr. 13 und Nr. 2:

- Abrechnungsbestimmungen als abschließende Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes

Anfügung § 8 Abs. 5 KHEntgG:

*„In anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen ist eine Fallzusammenführung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots **nicht** zulässig.“*

Änderung § 17b Abs. 2 Satz 2 KHG:

*„... **insbesondere** wirken sie mit den Abrechnungsbestimmungen darauf hin, dass die Voraussetzungen, unter denen bei Wiederaufnahmen von Patientinnen und Patienten eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall ... vorzunehmen ist, dem Wirtschaftlichkeitsgebot hinreichend Rechnung tragen.“*

- Keine weitere Anpassung des bundesweiten Casemix-Volumens aufgrund der Zusatzentgelte nach Pflegegrad
 - Gesetzliche Grundlage für Übermittlung der Pflegegrade durch PpSG
 - Bei Aufnahme und Änderungen bis zur Entlassungsanzeige
- Weitergeltung der Bewertungen aus 2017 in Höhe von 70 % bei in 2018 unbewerteten Zusatzentgelten (5) bei fehlender Budgetvereinbarung

ZE 2017	Bezeichnung	Betrag (in Abhängigkeit von der verabr. Menge)	ZE 2018
ZE49	Gabe von Bortezomib, parenteral	802,09 € bis 11.448,04 €	ZE2019-147
ZE66	Gabe von Adalimumab, parenteral	309,55 € bis 9.050,06 €	ZE2019-148
ZE68	Gabe von Infliximab, parenteral	375,74 € bis 11.554,01 €	ZE2019-149
ZE79	Gabe von Busulfan, parenteral	201,07 € bis 6.233,27 €	ZE2019-150
ZE148	Gabe von Rituximab, intravenös	680,85 € bis 14.050,17 €	ZE2019-151

- ZE „polyvalente Immunglobuline“
 - Kein normativer Eingriff aufgrund von in 2019 erwarteter Preissteigerungen, aber retrospektive Bewertung der tatsächlichen Preisentwicklung und ggf. begrenzte Berücksichtigung in 2020

DRG – Katalog und Abrechnungsbestimmungen 2019

Gesetzgebung und Bundesvereinbarungen

Ausblick

- Eckpunkte Pflegesofortprogramm am 23.05.2018
- Referentenentwurf am 26.06.2018
- Kabinettsentwurf 01.08.2018
- Änderungsanträge 1. Paket am 05.10.2018
- Änderungsanträge 2. Paket am 10.10.2018
- Weitere Änderungsanträge am 01.11.218
- Abschließende Beratung im Gesundheitsausschuss am 07.11.2018
- Abschließende Lesung im Bundestag am **09.11.2018**
- Abschließende Beratung im Bundesrat am 14.12.2018

➤ Fixkostendegressionsabschlag

- gesetzlich fixiert bei **35 %** und **3 Jahren** Laufzeit,
- Bei weiterhin **Ausnahmen** und Leistungen mit **hälftigem Abschlag**

➤ Sicherstellungszuschlag

- 50 Mio. Euro zusätzlich
- Für KH, die Vorgaben der **G-BA-RL** erfüllen (< 100 Ew. / km², > 5000 Ew. Mit > 30 min. Fahrzeit, Fachabteilungen CH und INN oder Gyn./Geb.)
- Das bedeutet **kein** Defizitkriterium
- 400.000 Euro pauschal
- Liste der KH bis 30. Juni 2019
- Versorgungsdichte < 100 Ew. / km² viel zu niedrig angesetzt: Dünn besiedelte ländliche Kreise (nach BBSR*), aber ohne Städte!
- Das Instrument funktioniert so nicht!

* Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raunforschung

- Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren
 - Nicht mehr durch Vereinbarung auf Bundesebene, sondern durch den **G-BA** bis 31.12.2019
 - Zusätzlich Festlegung von **Qualitätsanforderungen**
 - Phase der Unsicherheit (Ausweisungen der Länder?), zurück auf „Los“

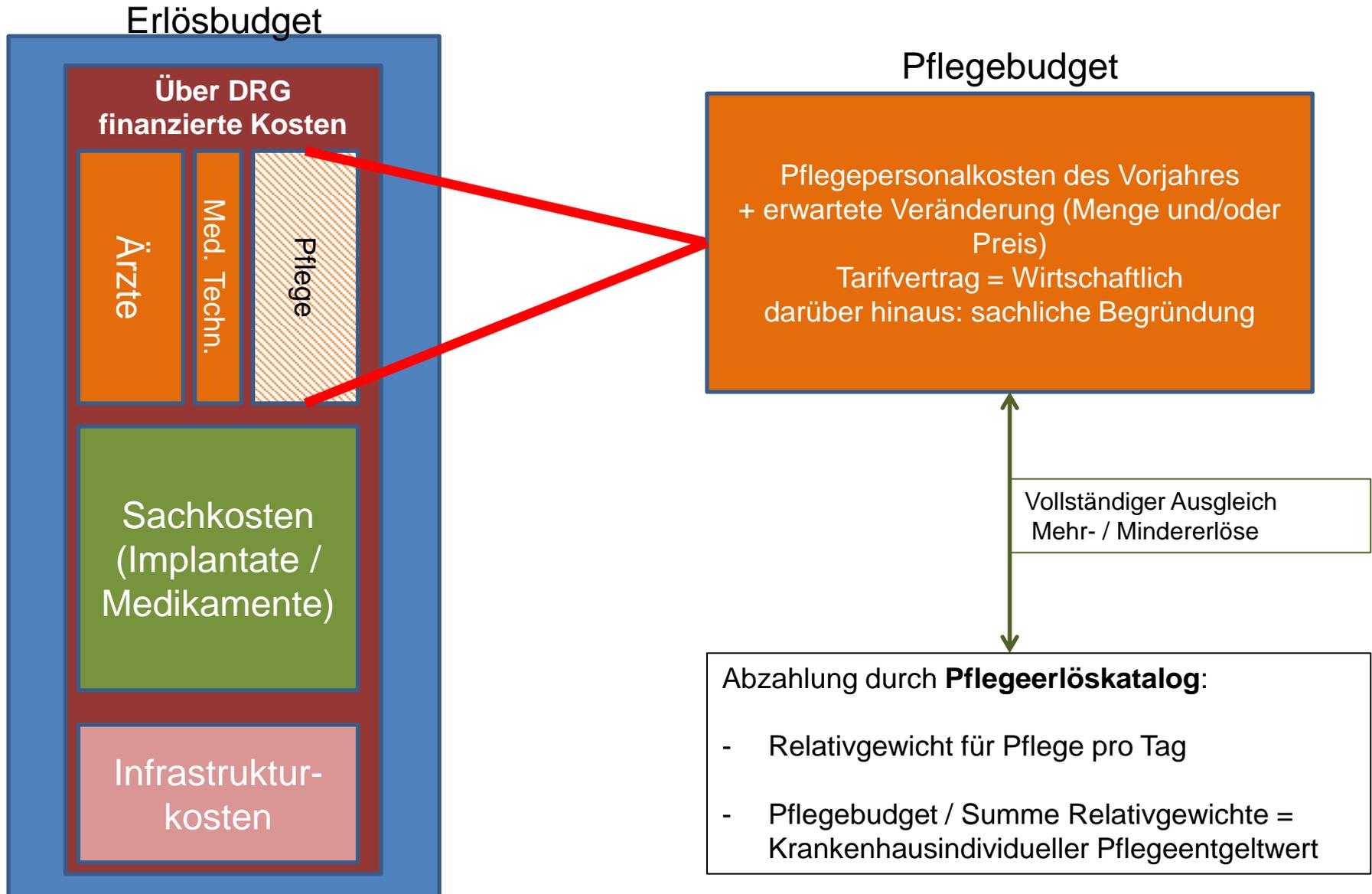
- Fortsetzung und Erweiterung des Strukturförderprogramms
 - Jährlich 500 Mio. Euro (+ Anteil Land) von 2019 bis 2022
 - Pauschalförderbeträge für stillgelegte Betten (4.500 bis 12.000 Euro je Bett), höchstens jedoch tatsächliche Kosten
 - Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen
 - Bildung zentralisierter Notfallstrukturen,
 - Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern
 - Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe
 - Ersetzt nicht die Investitionslücke!

- Fortführung des Pflegestellenförderprogramms für **2019**
 - 100 % statt 90 % - Finanzierung
 - Jahresdurchschnitt 2018 zum Stichtag 31.12.18

- Vollständige Tarifierfinanzierung der Pflegekräfte für **2018 und 2019**
 - **DKG: Ausweitung auf alle Berufsgruppen**

- Pflegezuschlag
 - Überführung von ca. **200 Mio.** Euro in den Landesbasisfallwert
 - **Keine vollständige Überführung der bisherigen 500 Mio. Euro**

- **Zentrales Reformprojekt:** Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten ab **2020** – Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System - Pflegebudget



Fachlicher Änderungsantrag Nr. 1

„Die Wörter „Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung“ werden durch die Wörter „**Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen**“ ersetzt.“

Begründung:

- Konzept InEK auf Grundlage von **KHBV** und **Kalkulationshandbuch 4.0**
- Kosten für **Pflege- und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich**
- Kostenstellen: **Normalstation, Intensivstation, Dialyse, und Patientenaufnahme**
- Im Pflegebudget sind (am Bett tätig):
 - Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege,
 - Altenpflege
 - Krankenpflegehilfe

Fachlicher Änderungsantrag Nr. 1

Nicht umfasst sind:

Begründung:

- **Funktionspersonal** im OP-Bereich
- ...in der Anästhesie
- ...in den diagnostischen und therapeutischen Bereichen
- ...in der medizinischen Infrastruktur

Zuordnungsregel durch Bundesvereinbarung bis 31.01.2019:

- **Zuordnungsregeln** für Pflegepersonal, das teilweise in der unmittelbaren Patientenversorgung als auch teilweise in pflegeentfernten Bereichen (z. B. OP-Bereich) eingesetzt ist.
- Kriterium: nur „**überwiegend**“ am Bett tätig ist auszugliedern

- Eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten → bis zum **31. Januar 2019**
- **Rückwirkende** Anwendung durch die Krankenhäuser zum **1. Januar 2019**
- **Pflegekosten in 2019 bilden Grundlage für Pflegebudget 2020**
- **Ab 2020:**
 - Anwendung des **Pflegeerlöskatalogs** zur Abzahlung des Pflegebudget
 - „**Neuer**“ **DRG-Katalog** ohne Pflegepersonalkosten
- **Enge gesetzliche Zeitvorgaben -> Spricht für zunächst moderate Anpassungen im „Rest“-Katalog**



Quelle: Helpster.de

PpSG: **Wichtige Begleitmaßnahmen**

- Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen
 - Bis zu **3 %** des Pflegebudgets („Flexibilitätskorridor“)
 - Auch bereits bestehende Maßnahmen, die fortgeführt werden

- Konvergenzphase mit Kappungsgrenzen
 - Begrenzung möglicher Budgetminderungen aufgrund Einführung Pflegebudget
 - Begrenzung auf **2 % in 2020** und auf **4 % in 2021**

- Durchsetzungsmöglichkeiten in der Budgetvereinbarung
 - *„Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft“ (PpSG: § 6a KHEntgG neu)*

- **Scheitern** der Verhandlungen, insbesondere aufgrund Intensiv-PPUG
- Pflegepersonaluntergrenzen **stations- und schichtbezogen** als Verhältnis von Patienten zu einer Pflegekraft (incl. Pflegehilfskräften):

	Mo-Fr Tag	Mo-Fr Nacht	Sa/So/WoE Tag	Sa/So/WoE Nacht
Intensiv	(2) 2,5 : 1	(3) 3,5 : 1	2 : 1	3 : 1
Geriatric	10 : 1	(24) 20 : 1	11 : 1	24 : 1
Unfallchir.	10 : 1	20 : 1	11 : 1	21 : 1
Kardiologie	(11) 12 : 1	24 : 1	13 : 1	23 : 1

(Vergleich **Kabinetts**- zu Referentenentwurf)

- Maximaler Anteil von Pflegehilfskräften (**Qualifikationsmix**)
 - von 8 % (Intensiv) bis 40 % (Geriatric nachts)
- Nachweis von **monatlichen Durchschnittswerten**

Inhalte der Vereinbarung I

- **Meldungen** und sind für **jede PPUG** für **jede Station** eines pflegesensitiven Bereiches an **jedem Standort** des Krankenhauses – differenziert nach **Tag- und Nachtschicht** – zu führen
- Nachweis der **durchschnittlichen Pflegepersonalausstattung**:
 - Berücksichtigung aller examinierten Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte

$$\begin{array}{l} \text{durchschnittliche} \\ \text{Pflegepersonal-} \\ \text{Ausstattung} \end{array} = \frac{\text{Summe der pro Schicht geleisteten Arbeitsstunden}}{\text{Anzahl der Stunden der Schichten je Monat}}$$

- Nachweis der **durchschnittlichen Patientenbelegung**:
 - Orientierung an der Mitternachtsstatistik

$$\begin{array}{l} \text{durchschnittliche} \\ \text{Patientenbelegung} \end{array} = \frac{\text{Summe der Mitternachtsbestände eines Kalendermonats}}{\text{Anzahl der Tage des jeweiligen Monats}}$$

Inhalte der Vereinbarung II

- **Quartalsweise Meldung** der durchschnittlichen Pflegepersonalausstattung, der durchschnittlichen Patientenbelegung sowie der Anzahl der nicht erfüllten Schichten jeweils zum **15.04., 15.07., 15.10. und 15.01. eines jeden Jahres** an das InEK.
- **Jahresmeldung** über den jeweiligen Erfüllungsgrad sowie die Bestätigung des Wirtschaftsprüfer für alle Meldungen **zum 30.06. eines jeden Jahres** an das InEK

Inhalte der Vereinbarung III

Jährliche Feststellung zum 30.06. durch das InEK über unzulässige
Personalverlagerungen:

1. Feststellung über das Vorliegen von Personalverlagerungen:
Anzahl der Pflegekräfte (in Vollkräften) in den anderen
Krankenhausbereichen im Vergleich zum Vorjahr um **mehr als drei
Prozent** reduziert
2. Feststellung über das Vorliegen unzulässiger Personalverlagerungen:
Verhältnisses von Pflegekräften (in Vollkräften) zu Belegungstagen in den
anderen Krankenhausbereichen um **mehr als drei Prozent** reduziert

- Ausnahmetatbestände:
 - kurzfristige unverschuldete und unvorhersehbare Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen oder
 - starke Erhöhungen der Patientenzahlen durch unverschuldete und unvorhersehbare Ereignisse, wie beispielsweise Epidemien oder Großschadensereignisse
- Verschärfung der Sanktionen, da auch in Form von **Leistungskürzungen** (neu durch PpSG) möglich
- Kann sich auf die Versorgungssicherheit auswirken und ist ein neuer schwieriger Sachverhalt in der Budgetvereinbarung
- Sanktionen bei Nichterfüllung ab **01.04.2019**

- Abschlag bei Verstoß gegen die Meldepflichten
- Sanktionen bei Nichterfüllung des monatlichen Durchschnittswerts
 - Abschlüge oder Reduzierung der Fallzahl (Vorgabe PpSG)
- Ermittlung der Höhe des Abschlages bei Nichterfüllung

$$\text{Höhe des Abschlags} = \left[\begin{array}{l} \text{„unterschrittener“} \\ \text{Vollkräfteanteil je} \\ \text{Monat + Schicht} \end{array} * \begin{array}{l} \text{durchschnittliche} \\ \text{monatliche Kosten} \\ \text{einer Pflegevollkraft} \end{array} \right] * \text{Faktor}$$

- **Bundesvereinbarung bis 31.01.2019, ansonsten Schiedsstelle ohne Antrag innerhalb von 6 Wochen (Änderungsantrag PpSG)**

- **G-BA-Beschluss** zur Erstfassung der **Regelungen** zu einem gestuften System von Notfallstrukturen am 19.04.2018

- Aktuell Anpassung der „**Tragenden Gründe**“:
 - *„Qualifikationsanforderungen in § 9 Nummer 2 [Zusatzqualifikation Notfall] sind in einem Zeitraum von fünf Jahren ab Verfügbarkeit ... frühestens auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Beschlusses des G-BA abgestellt werden kann.*

 - *Die CT-Bildgebung [auch MRT] kann auch durch einen kooperierenden Leistungserbringer im unmittelbaren räumlichen Bezug gewährleistet werden.*

Mehrausgaben für die Kostenträger ab 2019

Mit dem Verzicht auf die absenkende bzw. erhöhende Berücksichtigung der Zuschläge und Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bei den Landesbasisfallwerten entstehen den Kostenträgern ab dem Jahr 2019 Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrages.

Quelle: Gesetzentwurf zum PpSG, S. 51.

Zu verteilendes Zuschlagsvolumen

$$\begin{array}{r} \text{Abschlagsvolumen} \\ + \\ \text{Mehrausgaben Kostenträger: 3-stelliger Mio. betrag} \\ \hline \hline = \text{Zuschlagsvolumen} \end{array}$$

Grundsätze:

- Normative Festlegung
- Einstufung der Krankenhausstandorte in der Budgetvereinbarung
- Abschlag je vollstationärem Fall
- Zuschlagspauschalen je Krankenhausstandort mit Abrechnung je vollstationärem Fall
- Eigener Zuschlag für die Notfallversorgung der Kinder
- Module Stroke Unit/ CPU:
 - Anteilige Zuschlagssumme der **Stufe 1** für Krankenhausstandorte mit Teilnahme am Modul Stroke Unit/ Chest Pain Unit
 - Abhängig vom **Anteil der Fälle** der Stroke Unit/ CPU an allen Fällen des KH-Standorts

Höhe der Zuschlagspauschalen je Krankenhausstandort

Abhängig von...

- Höhe des **zusätzlichen dreistelligen Millionenbetrages**
- **Verteilung** des Zuschlagsvolumens auf die **drei Stufen**
- Höhe der **Abschläge**
- **Annahmen** zur tatsächlichen Einstufung von Krankenhausstandorten



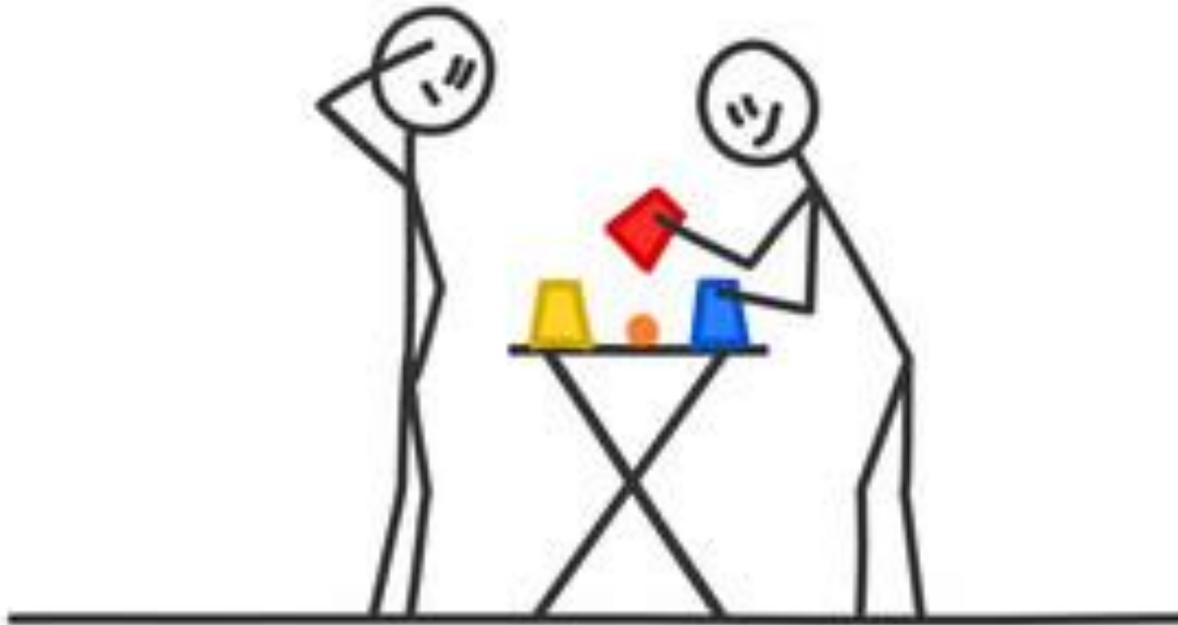
**Noch
offen**

DRG – Katalog und Abrechnungsbestimmungen 2019

Gesetzgebung und Bundesvereinbarungen

Ausblick

Wo finden sich die fehlende Investitionsfinanzierung und die Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung...?



Quelle: fotolia.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

